FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

François MARCO

Né le 20 août 1899 à Narbonne (Aude)

Ancien Externe des Hôpitaux

FORMES FÉBRILES

DES

Cancers du gros intestin et du Rectum

Président : M. GILBERT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	
PROUST	Clinique chirurgicale
N.	Clinique médica e.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédic chez l'adulte pour les accidentés du t vail, les mutilés de guerre et les infirn adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dc les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs autei et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

qui m'a légué l'exemple
d'une vie consacrée au travail
et à l'amour des siens.

A MA MERE

A MES JEUNES NEVEUX

A Monsieur le professeur GILBERT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HÔTEL-DIEU

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL BENSAUDE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDECIN A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

en faible témoignage de
notre respectueux attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUHL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BICHAT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

dont la grande bonté nous a aidé à supporter de dures épreuves.

A Monsieur le docteur André CAIN

médecin des hôpitaux

qui a été pour nous un guide
et un ami et à qui nous devons
le sujet de cette thèse.

A Monsieur le professeur agrégé Georges LARDENNOIS

chirurgien des hôpitaux

qui a bien voulu s'intéresser
à ce modeste travail.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE TOULOUSE ET DE PARIS

M. le PROFESSEUR RÉMOND (de Metz).

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DUCUING.

M. le DOCTEUR JOSUÉ (*in memoriam*).

M. le PROFESSEUR AUGUSTE BROCA (*in memoriam*).

M. le DOCTEUR GEORGES CAUSSADE.

M. le DOCTEUR BRUHL.

M. le DOCTEUR PAPILLON.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER.

M. le DOCTEUR BENSAUDE.

M. le DOCTEUR FAURE-BEAULIEU.

A M. le DOCTEUR DEVRAIGNE

L'idée de ce modeste travail nous a été donnée par M. le Dr Cain, assistant de notre maître M. le Dr Bensaude; il a bien voulu mettre à notre disposition trois des observations qui sont rapportées dans cette thèse. A M. le Pr agrégé Lardennois nous devons, de même, quelques-unes des observations de cancers intestinaux à début marqué par des phénomènes fébriles dont il a pu réunir un grand nombre. Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre gratitude.

Nous tenons à assurer ici de notre reconnaissance tous nos maîtres des Hôpitaux, nous leur devons le meilleur de ce que nous savons et de ce que nous sommes.

Formes fébriles des Cancers du gros intestin et du Rectum

Tous les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic des cancers intestinaux lorsque ne se trouvent pas réunis les signes fonctionnels classiques de sténose plus ou moins prononcée, à évolution plus ou moins rapide, lorsque l'examen physique ne permet pas de reconnaître ou de soupçonner une tumeur abdominale d'origine intestinale.

En pareils cas, en effet, les examens et recherches spéciales, toucher rectal, recherche du sang dans les matières fécales, protosigmoïdoscopie, qui seuls pourraient souvent faire le diagnostic, ne sont pas mis en œuvre.

Il nous a semblé que parmi les manifestations cliniques des cancers de l'intestin au début, il n'était pas fait une place assez grande à la fièvre accompagnée de signes toxi-infectieux généraux.

S'il est maintenant classique en effet de signaler des formes débutant par des troubles gastro-intestinaux vagues, d'entérite, de colite dysentériforme, ou bien par des symptômes généraux tels que de l'asthé-

nie, un état nauséeux pouvant simuler un tableau d'urémie digestive, ou bien par de l'anémie du type pernicieux (observation de Lereboullet et Tixier, *Soc. des Hôpitaux*, 13 mars 1908), manifestations qui, pendant longtemps, constituent toute la maladie et que Mathieu et J.-Ch. Roux ont groupées sous le titre de formes à évolution prodromique prolongée, par contre la fièvre est à peine indiquée.

De Bovis dans sa monographie classique sur le cancer des côlons ne la signale pas comme signe de début. Henri Lardennois insiste sur l'importance des phénomènes toxi-infectieux mais surtout au cours des cancers avérés, il dit cependant qu'il y aurait lieu de « décrire les formes septiques du cancer de l'intestin ».

Cependant Bernûtz a décrit dès 1852 les abcès symptomatiques des cancers de l'intestin dont les manifestations sont essentiellement fébriles (études reprises par Tuffier, *Semaine médicale*, 1904, Lejars 1906).

Ockinczyc, dans son livre sur le cancer de l'intestin, signale la fièvre comme signe de début des sarcomes de l'intestin grêle, mais seulement comme signe de complication pour les cancers du côlon.

Trémolières et Caussade la signalent comme un signe fréquent de début : « oscillant entre 38° et 39°, s'accompagnant d'un état infectieux vague... » — Mériel dans l'article du traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet la dit rare et liée, quand elle survient, à une complication ulcéro-inflammatoire avec ou sans abcès péricolique.

Brissaud insiste davantage : « La fièvre caractérisée

par des oscillations entre 38° et 39° est un symptôme plutôt qu'une complication du cancer de l'intestin. Elle n'a pas l'allure aiguë qu'on voit dans les formes fébriles du cancer du foie, mais elle est en revanche beaucoup plus fréquente. Tantôt elle s'explique par un foyer inflammatoire qu'on découvre en palpant l'abdomen, tantôt elle revêt purement l'apparence d'une infection généralisée subaiguë n'ayant d'autre accompagnement que l'affaiblissement, un dégoût de l'alimentation plus frappant que dans d'autres pyrexies, un vomissement par ci, par là, quelques irrégularités dans les selles. Tantôt elle s'ajoute à des symptômes non douteux de néoplasme intestinal malin. »

A la période de cancer avéré, la fièvre est plus souvent notée, faisant partie alors d'un tableau clinique de cachexie hectique, fièvre de complications infectieuses associées, dues soit à l'infection au niveau d'ulcérations intestinales, soit à porte d'entrée quelconque, du fait de la débilité générale de l'organisme, incapable de se défendre contre les germes infectieux; le développement de métastases, hépatiques surtout, paraît jouer un rôle important dans l'étiologie de la fièvre en pareil cas aussi.

Cependant nous avons pu réunir des observations où la fièvre fut longtemps le symptôme dominant l'affection prenant le masque d'une maladie infectieuse généralisée, les signes fonctionnels locaux manquant ou paraissant dépendre de l'état toxi-infectieux général, rien ne sollicitant au début l'attention de manière à commander un examen méthodique complet

du tube digestif, examen qui aurait peut-être permis un diagnostic précoce.

Dans d'autres cas, associés à cette fièvre de début, des signes abdominaux existent, mais frustes ou atypiques, ils sont interprétés d'une manière erronée du fait de l'existence de la fièvre.

Des phénomènes surajoutés, ictère, anémie, peuvent être des sources d'erreur.

Comme nous l'avons signalé, d'autres manifestations fébriles du début ont beaucoup plus attiré l'attention,— c'est parfois par une fièvre élevée, à grandes oscillations, à début brusque, que le cancer de l'intestin, sortant de sa phase de latence va révéler cliniquement son existence. Fièvre liée à une suppuration profonde que décèlent aussi l'hyperleucocytose sanguine, les signes locaux; la douleur, la contracture localisées, permettent de diagnostiquer le siège. Celui-ci souvent ne peut guère être précisé, et surtout il n'est pas toujours rattaché à l'intestin, on porte le diagnostic d'abcès sous-phrénique, de phlegmon périnéphrétique..., parfois cependant aussi celui de péricolite suppurée dont la cause n'est guère révélée que par l'intervention chirurgicale dirigée contre la suppuration.

Au stade de cancer avéré la constatation de la fièvre est parfois un signe de grande importance pratique, elle est surtout témoin de l'infection de la tumeur et du tissu cellulaire périnéoplasique, infection qui rend redoutable le pronostic opératoire et indique des interventions en plusieurs temps (thèse Ockinzic, *Congrès de chirurgie*, Paris octobre 1922. — Rapport de

MM. Abadie et Ockinzic) ayant pour but l'extériorisation de l'anse infectée, au niveau de laquelle, après la mise au repos, les phénomènes inflammatoires diminueront, rendant moins redoutable l'intervention définitive.

Malgré l'intérêt pratique de la fièvre des cancers avérés nous n'envisagerons ici que la fièvre du début, élément du diagnostic.

Si la fièvre, au cours des néoplasmes, a été l'objet de travaux nombreux et surtout de discussions laborieuses pour en déterminer le mécanisme et la nature, il ne nous semble pas qu'elle ait été le sujet d'une étude d'ensemble en ce qui concerne le cancer de l'intestin. Alors que Brinton dans son traité des maladies de l'estomac, Hanot, Hérard de Besse, Bard, ont rendu classique l'existence de formes septiques du cancer de l'estomac, la fièvre au cours des néoplasmes intestinaux, en dehors d'un cas de cancer du rectum à forme fébrile communiqué à la société des Hôpitaux par MM. Thiroloix et Mora, ne paraît avoir été envisagée que dans des études se rapportant à la fièvre des néoplasmes en général.

Dans un article fortement documenté de la revue médicale italienne *Tumori* (31 août 1923), M. Giordano fait une étude historique et critique complète de cette question.

Reconnue déjà par Hippocrate et Galien, Frederic Dekkers, en 1694, cherche déjà à en préciser le type clinique, à propos d'un malade il écrit : « *verum febri*

quotidiana, tertianav, quartanava simplici, duplicivi intermittente vel continuci modo laborans ». Van Swieten en 1755 décrit un type spécial de fièvre « *schleichende Fieber* » qu'il attribue à la douleur et à l'insomnie qui torturent le malade et « à la pénétration de matière purulente » dans la circulation. Peyrilhe (1776) parle d'une fièvre cancéreuse par résorption de virus cancéreux Seneaux décrit en 1798 la « fièvre lente » des cancéreux. Chardel semble être le premier à observer la fièvre au cours du cancer de l'estomac (1804). Bayle, Gribout ensuite ont découvert une fièvre intermittente sans frisson. — Vauthier, une fièvre adynamique survenant à la phase terminale... On doit citer ensuite surtout Wunderlich, Hampeln, Monneret qui, le premier, insiste sur l'importance de la fièvre dans le diagnostic du cancer du foie, étude que complètent ensuite, parmi d'autres auteurs, Lancereaux, Aussel, Bourges, Labadie, Lagrave, et surtout Hanot et Gilbert.

Verneuil, en 1878, avait communiqué à la Société de chirurgie deux observations de néoplasmes malins fébriles, non infectés, où la fièvre cessa après l'extirpation chirurgicale, de là, Verneuil conclut à l'existence d'une « fièvre des néoplasmes »; Murchison en 1875, à la Société de chirurgie de Londres avait apporté des cas analogues.

Freudweiler, d'après une statistique portant sur 475 cas observés à la clinique chirurgicale de Zurich, parmi lesquels 24 cas concernent des cancers du côlon, de l'anse sigmoïde, ou du rectum et 3 cas concernent le grêle, l'épiploon ou le péritoine, tente une classification des types fébriles en :

formes continues remittentes;
formes fébriles intermittentes à type paludéen;
formes à ascensions thermiques isolées.

En ce qui concerne les cancers intestinaux, Freudweiler conclut à la proportion de 29 % de cancers fébriles pour le gros intestin; 33 % pour l'intestin grêle. Dans tous ces cas, pour lui, l'infection ou toute autre complication en dehors du cancer ne saurait être mise en cause : « ni cliniquement, ni anatomiquement, la fièvre ne peut trouver dans ces cas d'autre explication que l'affection cancéreuse elle-même ».

Reboul, en 1904, dans sa thèse consacrée à ce même sujet apporte une observation de cancer intestinal fébrile dont nous faisons état.

Alexander, en 1907, reprend l'étude de la fièvre des néoplasmes, il rapporte d'après Einhornst une proportion de 27 % de cancers fébriles digestifs et d'après cet auteur il dit que si la fièvre n'est pas aussi souvent trouvée c'est que la température n'est pas prise d'une façon systématique par les malades au début de leur maladie, par les médecins quand ils ont fait le diagnostic de cancer.

Fromme s'élève ensuite contre la conception d'une prétendue « fièvre des néoplasmes » et fait jouer un grand rôle à la pénétration massive des germes infectieux au niveau des tissus cancéreux en état de désagrégation.

Stierlin note la fréquence de la fièvre au cours des cancers digestifs sans pouvoir affirmer la constance d'un type fébrile propre, il remarque que la fièvre a

tendance à osciller avec des rémissions matutinales et des élévations vespérales, il signale un cancer de l'estomac avec métastase hépatique au cours duquel la température atteignit 40°. — Fischer (1925) signale enfin la fréquence de la fièvre dans les cancers de l'intestin en disant qu'on ne peut décrire de type défini.

Ce qui frappe dans cette étude de la fièvre des néoplasmes, c'est que les auteurs ont cherché d'une part à dégager les types cliniques fébriles que l'on peut observer, types des plus variables à vrai dire mais que l'on peut semble-t-il ramener à des formes fébriles continues, oscillantes avec minimum le matin et exacerbation vespérale, formes intermittentes soit à accès fébriles isolés sans périodes définies, soit prenant une allure périodique rappelant ce que l'on observe dans les fièvres paludéennes.

D'autre part on a cherché à expliquer la nature et le mécanisme de cette fièvre : les uns soutenant que le néoplasme pouvait par lui-même en être la cause, les autres la rapportant surtout à l'infection secondaire.

Nous ne ferons que rappeler rapidement les diverses interprétations :

La théorie parasitaire du cancer fournit une explication simple.

Aussourd, Gilbert signalent que la fièvre est marquée surtout dans les cancers à évolution rapide.

Virchow fait jouer un grand rôle à la résorption de produits toxiques sécrétés par la tumeur ou résultant de dégénérescence de ses propres éléments ou des tissus avoisinants. La plupart des auteurs notent l'influence des métastases.

Des expériences ont été faites pour étudier la toxicité des tissus cancéreux non infectés, pour Richet, elle est nulle, pour Roger et Mme Girard-Mangin il y aurait une toxine hypothermisante.

Les expériences de laboratoire ne nous paraissent guère concluantes car elles ne peuvent correspondre d'une manière absolue à ce qui se passe en réalité.

Thomas dans son livre sur le cancer fait intervenir un trouble des sécrétions cellulaires, chaque cellule est une glande à sécrétion interne, les cellules en anarchie de multiplication qui constituent le néoplasme auraient leur sécrétion troublée.

On a fait intervenir aussi des phénomènes d'ordre anaphylactique résultant des résorptions toxiques albuminoïdes dans l'intimité des tissus avoisinant la tumeur ou venant du dehors au niveau des ulcérations superficielles.

A vrai dire l'infection secondaire, surtout en ce qui concerne les cancers intestinaux, paraît être la cause la plus fréquente des manifestations fébriles et toxi-infectieuses observées.

Cependant un fait est à remarquer, les types fébriles que l'on observe sont assez constants quel que soit le siège du cancer, qu'il soit directement exposé ou non à l'infection secondaire. Cette constatation nous empêche de rejeter l'hypothèse de l'existence d'une « fièvre des néoplasmes », hypothèse que l'on ne pourra à vrai dire juger définitivement que lorsque sera mieux connue la nature du cancer.

ETUDE CLINIQUE

Comme nous l'avons dit, la fièvre, manifestation précoce des cancers du gros intestin peut se voir dans deux conditions différentes : tantôt associée à des symptômes locaux abdominaux ou pelviens, tantôt associée à des signes toxi-infectieux généraux, les symptômes locaux ou manquant totalement, ou étant si peu marqués qu'on tend à les faire dépendre de l'état général.

Le diagnostic est rendu plus difficile par le fait que souvent la constatation de la fièvre éloigne l'idée d'un cancer et même si l'attention était attirée sur l'intestin, par l'absence fréquente de tout signe ou d'hémorragie intestinale apparente ou occulte.

L'anatomie pathologique rend compte de quelques-uns de ces faits en montrant que nombre de cancers des côlons ne sont pas sténosants, soit parce que développés au niveau de diverticules intestinaux (cas fréquent au niveau du côlon pelvien et de l'S iliaque) soit parce que cavitaires (Lenormant, Société d'anatomie, 1910 — Forgue et Vinon, Soc. *des Sciences biologiques*

et médicales de Montpellier). L'absence d'hémorragie peut relever de formes non ulcérées infiltrantes de cancer (observation de Hugnier et Simonnot). Souvent aussi les hémorragies ne sont pas recherchées avec assez de persévérance.

Quoiqu'il en soit, nous allons étudier successivement les formes avec symptômes locaux associés, les formes de type fébrile septicémique.

Formes fébriles à symptômes locaux

Dans ce groupe nous étudierons tout d'abord :

1° Les abcès symptomatiques des cancers du gros intestin avec leurs modalités.

2° Les formes qui se révèlent par des réactions inflammatoires locales dont la symptomatologie est commandée par le siège : pratiquement crises d'appendicite révélant les cancers de l'appendice et sigmoïdites aiguës en rapport avec un cancer sigmoïdien.

3° Les formes qui prennent l'aspect de tumeurs inflammatoires et suscitent de ce fait soit le diagnostic de tuberculose hypertrophique, soit celui de péricolite aiguë ou subaiguë.

En réalité il est difficile de séparer les unes des autres ces formes qui traduisent un même processus inflammatoire local, soit dans la paroi intestinale elle-même, soit surtout dans le tissu cellulaire péricolique.

Nous étudierons ensuite les formes fébriles associées

à des signes abdominaux autres que des signes intestinaux. Il s'agira de réactions traduisant un retentissement de voisinage du cancer et de l'inflammation périnéoplasique. C'est ainsi que le cancer pourra provoquer des signes hépatiques, des symptômes vésicaux, parfois, chez la femme, des phénomènes inflammatoires ou douloureux qui attireront l'attention sur la sphère génitale, toutes manifestations qui en l'absence de troubles intestinaux nets seront des sources fréquentes d'erreur de diagnostic.

Abcès symptomatiques des cancers de l'intestin.

Particulièrement fréquents au niveau du cæcum, du côlon ascendant et surtout de l'S iliaque, ils ont été étudiés surtout par Bernutz (*Archives de Médecine*), et depuis, entre autres par Tuffier, Lejars, Ockinzyc. Thevenet lui a consacré en 1908 une revue générale à laquelle nous faisons de gros emprunts, Viallet en a fait le sujet de sa thèse (Lyon 1908).

Si parfois un interrogatoire minutieux permet de reconnaître des prodromes constitués par de vagues troubles intestinaux, le plus souvent ces abcès surviennent brusquement chez des sujets jusque là bien portants. Bernutz a insisté sur la brutalité du début qui se fait généralement par un grand frisson, un point douloureux abdominal ou pelvien en même temps qu'apparaissent des signes péritonéaux : état nauséeux, vomissements plus ou moins fréquents, petitesse et

accélération du pouls, rétention urinaire, constipation en même temps qu'on observe une contracture musculaire localisée, au niveau de laquelle la douleur à la pression est maxima. La fièvre est à 39, à 40° elle tend à prendre une allure oscillante. Dans le sang on trouve une augmentation du nombre de leucocytes.

L'évolution est des plus variables : tantôt, les vomissements vont diminuer rapidement, la contracture, la douleur locale vont disparaître progressivement, la fièvre va baisser rapidement et tout rentre rapidement dans la normale.

Le plus souvent, on assiste à la formation d'un plastron péritonéal, que l'on sent se rapprocher de la paroi à laquelle il finit par adhérer, la peau seule demeurant libre, continuant à glisser sur le plan sous-cutané.

Ce plastron diminue ensuite, les phénomènes généraux s'atténuent, disparaissent, la fièvre, elle, persiste généralement plus longtemps, toujours oscillante, souvent les signes généraux étant alors si peu marqués que le malade peut vaquer à ses affaires.

D'autres fois, la résolution est incomplète, on assiste à des poussées récidivantes, entre lesquelles la fièvre persiste, nettement oscillante, tendant à devenir hectique; petit à petit se constituent nettement des signes locaux et généraux de suppuration et si l'on n'intervient pas, la tumeur suppurée fistulisera.

D'autres fois, la suppuration s'établira en quelques jours au milieu de signes généraux extrêmement graves avec une fièvre à grandes oscillations, l'empâtement gagne rapidement la paroi abdominale qui réagit,

s'œdématie, et, si l'on n'intervient pas, la fistulisation se fait vite. Ces formes se terminent souvent par la mort en quelques jours.

Toutes ces formes ont ceci de commun : c'est qu'on ne peut faire que le diagnostic de suppuration intra-abdominale, le diagnostic de la tumeur ne peut être qu'un diagnostic d'intervention chirurgicale dirigé contre la suppuration abdominale. Ces suppurations ne seront pas toujours diagnostiquées, se produisant au niveau du cæcum, souvent c'est le diagnostic d'appendicite qui sera fait ; d'autres fois, le siège de la suppuration développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal rétrocolique ne se prêtant guère à l'exploration clinique, on portera le diagnostic de phlegmon périnéphrétique.

C'est ainsi que dans deux des observations que nous rapportons, furent faits les diagnostics d'appendicite, de phlegmon périnéphrétique.

Parmi les formes évolutives, nous avons vu qu'il y en avait où la résolution se produisait avant que n'apparaisse la suppuration. Ce sont ces formes-là qui réalisent en particulier les formes d'appendicite, traduisant l'existence de cancers de l'appendice.

Appendicite et cancer de l'appendice

Ces appendicites symptomatiques de cancers appendiculaires ont été fort étudiées de nos jours ; des statistiques d'auteurs américains surtout, montrent leur fréquence, et surtout leur fréquence chez de jeunes

sujets. En France, Lecène a rapporté une statistique de 40 cas. Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen histologique, les crises d'appendicite n'ayant généralement pas de symptomatologie anormale. Cependant, il faut signaler qu'il s'agit surtout d'appendicite à répétition, avec phase de refroidissement lente, les formes aiguës sont relativement rares, on voit surtout des formes subaiguës, des formes chroniques.

Ockinczyc fait remarquer que la fréquence des cancers de l'appendice ainsi révélée depuis que se multiplient les appendicectomies montre que c'est là le point de départ fréquent du cancer du cæcum, qui est l'un des plus fréquents des cancers intestinaux. Le cancer du cæcum étant rarement observé chez les jeunes sujets, il faut en conclure que la phase latente de l'évolution des cancers intestinaux est particulièrement lente, pouvant peut-être se compter par décades.

Lorsqu'aux phénomènes fébriles sera associée la constatation d'une tumeur, le diagnostic sera difficile à faire avec les tumeurs inflammatoires des côlons et particulièrement la tuberculose intestinale hypertrophique. En effet, en dehors des cancers du cæcum, les cancers intestinaux ne donnent guère de tumeurs perceptibles, parfois cependant l'accumulation de matières en amont d'une stricture cancéreuse créera de fausses tumeurs, mais en pareil cas, les troubles du transit intestinal seront nets et ce sont eux qui feront penser à la possibilité d'un néoplasme.

Aussi le diagnostic de cancer des côlons est-il rarement fait en présence de tumeur fébrile, si la recherche

du sang dans les matières est négative, si l'on n'observe pas de troubles nets du transit. L'examen radiologique lui-même peut ne pas être concluant, parfois même l'examen macroscopique de la pièce opératoire peut ne pas conclure.

Le diagnostic le plus souvent porté est celui de tuberculose hypertrophique. Nous en rapportons un cas pris dans la thèse de Reboul (*La fièvre des néoplasmes*, Paris 1904.)

D'autres difficultés du diagnostic naîtront de retentissements de voisinage, soit par propagation du néoplasme soit par propagation de l'inflammation.

C'est ainsi que l'on verra des malades fébriles présenter de la contracture pariétale et de la sensibilité à la pression dans l'étage supérieur de l'abdomen, que l'on observera parfois en même temps de l'ictère, que le foie sera trouvé gros. Dans l'un des cas que nous rapportons, le diagnostic de cholécystite suppurée probable fut porté, il s'agissait d'un cancer du côlon transverse propagé au foie. Dans un autres cas semblable, on porta le diagnostic d'abcès du foie.

D'autres fois, le siège de la douleur en rapport avec des phénomènes inflammatoires attire l'attention sur une zône où l'on peut constater des signes physiques anormaux, où peut se trouver une tumeur évoluant en même temps que le cancer caché, c'est à elle que l'on aura tendance à rapporter tous les phénomènes observés, et c'est ainsi que dans un cas on discuta le diagnostic de suppuration de fibrome. De même des phénomènes vésicaux de voisinage pourront en imposer pour des phénomènes de cystite aiguë.

Nous avons ainsi passé en revue les divers aspects cliniques qui peuvent être réalisés quand la fièvre existe associée avec des symptômes locaux, fièvre qui traduit essentiellement des poussées inflammatoires dans les tissus périnéoplasiques. Thevenet dans sa revue générale sur les abcès symptomatiques signale aussi que dans des cas où les foyers sont peu étendus, ils peuvent n'entraîner aucun signe local appréciable.

C'est ainsi que de petits abcès pourraient s'évacuer dans l'intestin sans entraîner de trouble local, en pareil cas seules des poussées fébriles traduiraient ces phénomènes inflammatoires.

Ces cas font la transition avec les formes toxi-infectieuses générales, à allure de fièvres septicémiques.

Formes fébriles à allure septicémique.

La fièvre associée à des manifestations toxi-infectieuses générales peut être la seule manifestation du cancer. Les symptômes locaux manquant totalement ou paraissant relever de la toxi-infection générale de telle sorte que le diagnostic n'est fait en général que tardivement quand se précisent les signes intestinaux.

La constatation de tels faits nous paraît devoir être fréquente si l'on tient compte d'incidents fébriles signalés dans les antécédents récents des malades.

Mande dans une statistique portant sur les antécédents pathologiques de malades atteints de cancers intestinaux note que dans quatre cas les signes sur-

vinrent au décours de grippes, de même il cite des observations où l'on voit les signes de cancer survenus après des typhoïdes.

Dans les observations que nous avons réunies on verra des cas semblables où le diagnostic fait au début fut celui d'une maladie infectieuse aigüe, mais dans la plupart des cas les phénomènes toxi-infectieux généraux furent de longue durée.

Cliniquement il s'agit de malades fébriles, qui perdent leurs forces, maigrissent, présentent des signes d'anémie plus ou moins marquée, des troubles digestifs vagues, de la perte de l'appétit, tous signes que la constatation de la fièvre fait rapporter à l'état toxi-infectieux général, qui par ailleurs peut se manifester encore par des phénomènes nerveux, des symptômes hépatiques tels que l'ictère, par des symptômes urinaires : pyurie, bacillurie.

Les tableaux cliniques les plus divers peuvent être réalisés, ils expliquent les erreurs de diagnostic difficilement évitables aussi longtemps qu'une symptomatologie intestinale plus nette n'attire pas l'attention du côté du tractus intestinal.

Tantôt le tableau réalisé est celui d'une fièvre typhoïde, par l'élévation de la température sans rémission, par l'asthénie, la torpeur, la prostration du malade, mais la spléno-mégalie peut manquer, les taches rosées sont absentes, la bradycardie relative n'est pas observée, mais l'hémoculture, le séro-diagnostic sont négatifs.

Dans d'autres cas la fièvre survient par accès pé-

riodiques, avec grand frisson, claquement des dents, avec crise sudorale, simulant les accès fébriles paludéens; mais il s'agit de sujets qui n'ont pas été aux colonies mais il n'y a pas de splénomégalie, mais la recherche des hématozoaires, quelque précaution que l'on prenne, est négative. D'autres fois, sur un fond de fièvre continue peu élevée surviennent des accès fébriles isolés en clocher, rappelant les manifestations de la fièvre hépatalgique de Charcot.

Parmi les manifestations toxi-infectieuses générales, nous devons signaler aussi les formes anémiques fébriles, formes connues, l'anémie, symptôme prédominant a surtout attiré l'attention (observation de Lereboullet et Tixier) dans laquelle la fièvre n'est pas signalée, par contre Petit et Merle (*Soc. méd. Hôp.*, 8 mai 1908) rapportent l'observation d'un cancer de l'angle gauche du côlon à forme anémique au cours de l'évolution duquel la fièvre est signalée, la courbe thermique est irrégulière, présente de fréquentes ascensions approchant souvent de 39° et atteignant même parfois 40°. — Dans l'observation de Bensaude et Thibaut (*Soc. méd. Hôp.*, 1913, 28 nov.) la fièvre est aussi signalée. Dans ces formes, le tableau clinique de l'anémie pernicieuse cryptogénique peut être réalisé : on sait qu'au cours de cette affection on observe fréquemment des poussées fébriles, des troubles digestifs. Dans le cas rapporté par M. Bensaude la présence de sang constatée dans les selles avait fait porter le diagnostic de colite ulcéro-membraneuse, il s'agissait d'un cancer de l'angle droit du côlon qui, à l'examen radiologique, fut révélé par une image lacunaire.

Nous apportons d'autre part une observation de cancer recto-sigmoïdien, due à l'obligeance de M. Cain, où les troubles douloureux abdominaux, les selles dysentériformes, firent porter le diagnostic de dysenterie aiguë, la rectoscopie pratiquée tardivement donna la clé du diagnostic, dans un autre cas (observation d'Alexander) la rectoscopie elle-même, pratiquée sur un malade souffrant, dans de mauvaises conditions, et qui montra seulement un suintement sanguin abondant avec pus et glaires, ne permit pas de reconnaître le cancer recto-sigmoïdien en cause.

Dans un autre cas les phénomènes nerveux dominèrent la scène, associés à des troubles toxi-infectieux généraux et l'on fut conduit devant une somnolence que rien n'expliquait au diagnostic « d'encéphalite d'origine indéterminée ».

Enfin l'ictère que nous avons signalé au chapitre précédent peut être lui aussi considéré comme une manifestation toxi-infectieuse générale.

On conçoit les difficultés du diagnostic du cancer intestinal masqué par de tels phénomènes septicémiques et toxi-infectieux généraux. C'est en effet le diagnostic d'une maladie septicémique qui se pose cliniquement, diagnostic que l'on cherche à préciser par l'hémoculture, le séro-diagnostic, par des examens bactériologiques des urines, la ponction lombaire exploratrice pouvant elle-même être indiquée.

Parfois on arrive ainsi à mettre en évidence le germe infectieux agent de ces manifestations (l'entérocoque a été constaté) mais le véritable diagnostic, celui du

néoplasme, qui a prédisposé à l'infection secondaire, n'est pas fait. Nous avons vu aussi que si les signes intestinaux existent, même intenses, ils pourront être mal interprétés à cause de la fièvre.

C'est dire que c'est seulement par une analyse précise des moindres symptômes locaux intestinaux présentés par le malade que l'on sera conduit à pratiquer les examens spéciaux : toucher rectal, recherche du sang dans les selles, protosigmoïdoscopie et examen radiologique dans la mesure où l'état du malade les permet. Souvent même, faits dans de mauvaises conditions, ces examens eux-mêmes donneront des résultats non concluants ou erronés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

A propos de cette observation M. le Pr Forgue insiste sur la fréquence de l'absence des phénomènes intestinaux au cours du cancer de l'intestin. Cette observation d'autre part fournit un exemple de phlegmon symptomatique, ici l'affection simulait un phlegmon périnéphrétique.

Phlegmon symptomatique d'un cancer du côlon.

Cancer du côlon ascendant avec abcès rétrocolique. Résection latérale du duodénum adhérent. Iléosigmoïdostomie latérale. (*Obs. de M. le Pr Forgue.* Bull. Soc. méd. de Montpellier, mars 1922.

« Malade entré pour une tuméfaction à caractères inflammatoires. Le début clinique remonte à un mois avec courbature généralisée, avec élévation thermique. On note de l'ictère avec décoloration des matières.

La température est oscillante. La température vespérale atteignant 38°5, l'état général est profondément altéré.

L'ictère cède après dix jours.

Les selles sont toujours régulières et ne présentent ni sang ni diarrhée, ni pus à des examens répétés.

A l'intervention : la paroi postérieure du côlon ascendant

est le siège d'une masse volumineuse ulcérée à sa partie moyenne, montrant au niveau de cette ulcération un aspect colloïde. L'ulcération répond à un abcès secondaire infiltré dans la gaine des vaisseaux iliaques.

Examen histologique : épithélioma cylindrique de l'intestin en dégénérescence colloïde très avancée.

A propos de cette observation M. le Pr Forgue fait remarquer :

Au point de vue clinique : l'absence de symptômes intestinaux dans une tumeur volumineuse du côlon ascendant. Ces faits ne sont pas rares. Le Pr Forgue en avait rapporté 2 cas auparavant. L'absence de symptômes intestinaux peut s'expliquer par le fait de la consistance liquide des matières au niveau du cæcum et du côlon ascendant.

M. le Pr Forgue rappelle que depuis les études anatomo-pathologiques de Leclerc, Coste et Ockinzic on sait que ces phlegmons symptomatiques ont pour origine des adénites pures ou mixtes, cancéro-infectieuses développées dans les ganglions du méso-côlon à la faveur d'ulcérations de la portion de la muqueuse intestinale susjacente au néoplasme. L'ictère passager relèverait d'une infiltration inflammatoire pure du duodénum.

Les observations auxquelles fait allusion M. le Pr Forgue concernent la 1re :

Un cas rapporté par MM. Forgue, Vinon et Roux (*Soc. Sc. Médicales de Montpellier*, janvier 1921, p. 107), cancer du cæcum révélé par un abcès de la fosse iliaque droite qui fistulisa (staphylocoque dans le pus) sans avoir donné lieu à des phénomènes intestinaux.

Le 2e cas rapporté à la même séance concerne un cas où l'on n'observait aucun symptôme intestinal, par contre

le malade se plaignait de phénomènes vésicaux qui avaient fait penser à l'existence d'une cystite. Comme signes objectifs il existait une tumeur hypogastrique.

OBSERVATION II

Guinard (*Soc. de Chirurgie*, 4 novembre 1903).

Exemple d'abcès symptomatique de cancer du côlon.

Cancer du caecum s'étant révélé cliniquement par un abcès ayant simulé une crise d'appendicite aiguë typique.

(*Observation résumée*). — Malade de 54 ans bien portant jusque là, ressent brusquement en octobre 1903 une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Fièvre, vomissements. On décide de l'opérer, mais après examen sous anesthésie générale, l'intervention est différée; le refroidissement est obtenue par le traitement par la glace.

Dans les mois qui suivent apparaissent les signes de cancers; douleurs vagues, amaigrissement, diarrhée constante, melœna.

Le malade est vu par Guinard en novembre 1904. Celui-ci découvre une tumeur cæcale et fait le diagnostic de néoplasme.

Opération le 14 octobre; cancer, abcès résidual enkysté au pôle inférieur de la tumeur, appendice indemne de tout néoplasme; résection large, iléo-colo-transversotomie. Guérison.

Guinard fait suivre la communication du commentaire suivant :

« J'appelle l'attention sur cette crise d'appendicite aiguë avec abcès péri-appendiculaire survenant chez un malade

qui portait sans s'en douter un cancer du cæcum. La pathogénie de cette appendicite s'explique très bien quand on pense que la sanie putride élaborée au niveau de l'ulcération épithéliale du cæcum pénétrait incessamment dans la cavité de l'appendice ».

OBSERVATION III

Extraite de la thèse de Reboul : La fièvre des néoplasmes. (Paris, 1904).

Il s'agit dans cette observation d'un sarcome; nous n'avons pas cru dans notre thèse devoir faire de distinction entre sarcome et cancer. La fièvre nous paraît cependant devoir être plus fréquente dans les sarcomes, relevant dans ces cas là de la tumeur elle-même, puisque la fièvre est fréquemment observée dans des sarcomes de siège différent.

Nous rapportons cette observation comme exemple de confusion avec une tuberculose intestinale. Nous avons signalé la difficulté du diagnostic, les erreurs sont fréquentes.

Cadenat en a en particulier communiqué deux observations (B. et M. Soc. de Chirurgie, *Paris*, 1921).

L. Piérat, 8 ans, entre salle Trélat lit n° 5 à l'hôpital Hérold, le 4 mai 1904.

Père et mère bien portants.

Rougeole et pneumonie dans la première enfance.

La maladie actuelle a débuté 2 mois avant l'entrée par des douleurs du ventre. L'abdomen a grossi rapidement en même temps on observait un amaigrissement rapide.

Etat actuel, 4 *mai* 1904 : l'enfant est maigre, affaibli, la peau blanche, légèrement jaune, les muqueuses sont dé-

colorées; on note de l'atrophie musculaire, la température est à 40°, le pouls à 96.

Le ventre est tendu, bombé dans la moitié droite; la peau luisante avec une circulation veineuse collatérale développée. A la palpation l'abdomen est dur et donne une sensation ligneuse.

A la percussion, matité absolue de tout l'hypocondre droit confondue avec la matité hépatique.

La fosse iliaque droite est sonore. La ligne de matité semble s'arrêter nettement sur la ligne médiane.

Du 4 au 7 mai, on constate en même temps que l'élévation thermique, des alternatives de constipation et de diarrhée. Le cœur et les poumons sont normaux.

Diagnostic porté : tuberculose intestinale probable localisée au cæcum.

Opéré le 7 mai 1904 (Villermin).

Laparotomie : on se trouve en présence d'une tumeur en apparence sarcomateuse occupant le côlon ascendant, adhérente, avec infiltration à distance. On referme la paroi. Drainage.

8 *mai* : température à 38°5. Pouls à 108.

L'état général est relativement bon, pas de douleurs.

15 *mai* : guérison opératoire de la plaie; il ne reste qu'une fistule insignifiante à l'angle inférieur de la ligne d'incision.

L'enfant a continué à s'alimenter, l'état général est stationnaire. Douleurs sourdes dans le ventre, diarrhée; l'examen du sang montre une forte leucocytose. Les urines sont normales.

Température, 37°5; pouls, 96.

3 *juillet* : température, 38°; pouls 98.

16 *juillet* : l'enfant décline, légère leucocytose sanguine.

La recherche des bacilles de Koch dans les selles est négative. Diarrhée profuse. Mort le 27 août 1904.

A l'autopsie, sarcome.

OBSERVATION IV

(Huguier et Rigollot Simonnot, *Soc. de Chirurgie de Paris*, 12 juin 1914).

Cancer de l'angle gauche du côlon avec envahissement du foie de proche en proche sans métastase simulant un abcès du foie.

La fièvre, les signes locaux font porter le diagnostic d'abcès du foie. Cette observation est un exemple des erreurs de diagnostic causées par la présence de la fièvre qui, en l'absence de signes intestinaux, fait mal interpréter des signes locaux. Dans le cas observé d'autre part, l'absence de signes intestinaux a été expliquée par l'anatomie pathologique; pas de sténose, mais au contraire au niveau de la tumeur légère-augmentation du calibre de l'intestin.

Il s'agit d'un malade de 50 ans qui, en novembre 1913 présenta de l'amaigrissement et de la perte des forces. En mars 1914 il se plaint de douleurs dans l'hypocondre gauche, douleurs qui persistèrent depuis. Il présenta une fièvre continue, oscillante, avec grandes élévations thermiques à 39°5 faisant penser à l'existence d'un suppuration profonde. On n'observa aucun signe intestinal, jamais la moindre tendance à la constipation.

A l'entrée dans le service de M. Huguier on constata :

« Hypocondre gauche occupé par une tumeur se conti-

nuant sans délimitation avec le lobe droit du foi, qui lui-même paraît hypertrophié, débordant les fausses côtes droites de trois travers de doigts. Malgré le résultat négatif de ponctions répétées on fit le diagnostic d'abcès du foie, car la tumeur observée était lisse, douloureuse.

A l'intervention : on arrive sur le lobe gauche du foie partout adhérent à la paroi du fait d'une périhépatite intense mais sans que l'on trouve de noyaux de cancer; le côlon est adhérent à la masse hépatique dont il ne peut être délimité.

Examen de la pièce anatomique : énorme cancer non sténosant de la partie gauche du côlon transverse, près de l'angle splénique du côlon, cette tumeur occupe exclusivement la paroi supérieure de la lumière intestinale empiétant un peu sur la face antérieure, par contre la paroi inférieure est à ce niveau déprimée en bas fond, de sorte qu'à ce niveau le calibre de l'intestin est augmenté. Il s'agit d'une tumeur infiltrante, non végétante, non ulcérée. Au contact de la tumeur le parenchyme hépatique est envahi et sclérosé, refoulé simplement par places et envahi par endroits.

OBSERVATION V

M. le Pr Lardennois (*inédite*).

Cancer du côlon avec métastases hépatiques. Fièvre continue avec accès paroxystiques rappelant les poussées fébriles observées au cours des cholécystites suppurées. Cette fièvre et les signes fournis par l'examen local avaient fait porter le diagnostic erroné de cholécystite.

Observation résumée. — Mme F. envoyée à M. le Pr Lardennois avec le diagnostic de cholécystite porté par le mé-

decin traitant, malade en état de cachexie progressive présentant de la fièvre à 38°, 38°5.

A l'examen on note un empâtement dur sous le foie, empâtement se prolongeant jusqu'au point de Mac Burney.

Le Pr Lardennois fait toutes réserves pour un néoplasme et demande un examen radiologique le plus tôt possible.

L'état de la malade ne permet pas de le faire; la fièvre est élevée, avec des oscillations de plus de un degré, avec des frissons au moment desquels la température s'élève à 40°, les dépassant même parfois. Des phénomènes d'intolérance gastrique se produisent : vomissements. On se décide à faire une laparotomie exploratrice.

A l'intervention, énorme cancer du côlon avec de nombreux noyaux hépatiques; ascite de teinte jaunâtre.

Fermeture sans drainage, mort 16 jours après.

OBSERVATION VI

(*Tirée du mémoire d'Alexander.*)

Cancer du côlon ascendant ulcéré ayant simulé un abcès sous-phrénique ou un phlegmon péri-néphrétique.

Dans cette observation la fièvre pendant longtemps a fait que l'on n'a pas pensé à l'existence d'une tumeur maligne qu'auraient dû faire soupçonner plus tôt les troubles fonctionnels intestinaux et même les signes physiques malgré leur peu de netteté. Il faut signaler aussi l'absence de sang dans les selles malgré l'existence d'une diarrhée tenace.

Femme âgée de 42 ans, mise en observation le 17 juin 1904. Ancienne constipée, depuis 4 à 5 mois apparition de diarrhée, au début elle survenait par crises n'inquiétant

guère la malade; progressivement elle est devenue continuelle; la malade a beaucoup maigri et est très déprimée. Il n'y a pas d'autres troubles, l'état de faiblesse de la malade l'oblige à garder le lit.

A l'examen on ne trouve rien au cœur ni aux poumons, les urines sont normales, la température est à 38°6, le pouls est accéléré, régulier et plein. L'abdomen est mou, relâché, facilement palpable, on ne voit rien d'anormal. A la palpation de la région du quadrant supérieur droit on réveille cependant de la sensibilité et au-dessous de la dernière côte on sent sur la ligne mamelonnaire une résistance tumorale de la dimension d'une petite pomme avec des limites imprécises, palpable par le palper bimanuel et mobilisable dans tous les sens. La douleur à la palpation paraît de plus avoir son maximum au-dessus de la crête iliaque dans la fosse iliaque droite ainsi qu'en arrière dans la région du carré des lombes. La région iléo-cæcale, elle, n'est pas sensible à la pression. Foie et rate sont volumineux.

Les selles sont, soit pâteuses, soit liquides, renfermant des débris alimentaires non digérés; on n'y trouve, malgré des examens répétés, ni sang, ni mucus, ni pus.

Evolution ultérieure; ce qui frappe le plus c'est la fièvre oscillante, survenant par poussées de quelques jours au cours desquelles elle atteint 38°, 39° sans aucune régularité, dans l'intervalle la température se maintenait entre 36°5, 37°2. On n'a jamais observé de frisson. La malade se plaignait de nausées, vomissait parfois. Un régime sévère, un traitement par le bismuth n'eurent aucun effet sur la fréquence des selles (deux à cinq par jour). L'amaigrissement progressif continua.

L'existence de la fièvre induisit en erreur. La présence

de la tumeur constatée à l'examen physique fit penser à un abcès sous-phrénique ou à un phlegmon périnéphrétique.

La diarrhée, l'anémie grave, l'amaigrissement progressif cependant firent penser à la longue à l'existence d'une tumeur maligne de l'intestin. Un nouvel examen sous anesthésie montra que la tumeur était très mobile, de surface paraissant bien limitée, ne paraissant pas avoir contracté d'adhérences.

Opération par V. Bergmann le 8 août 1904, révèle un cancer de l'angle droit du côlon, cancer ulcéré à l'intérieur. Résection.

Mort le 10 août.

OBSERVATION VII

M. le Pr Lardennois (*inédite.*)

Observation qui montre l'importance que peuvent prendre les manifestations fébriles qui ont masqué dans cette observation l'évolution d'un néoplasme probable.

Mme D., opérée antérieurement d'une grossesse extra-utérine en 1905, et en 1923 d'un fibrome, est prise au mois de juillet 1925 d'une crise douloureuse abdominale avec fièvre dépassant 39°. Cette crise dure environ quinze jours et le médecin qui l'examine ne porte pas de diagnostic précis.

Une accalmie se produit ensuite, permettant un voyage de trois semaines, une nouvelle poussée fébrile se produit durant plusieurs semaines sans localisation nette, on fait le diagnostic de grippe probable, un traitement de désinfection intestinale avec repos est prescrit.

Au cours de cet état quelques phénomènes méningés vagues sont observés.

Une nouvelle crise douloureuse abdominale avec fièvre se produit en septembre. M. le Pr Lardennois voit la malade le 16 septembre et devant les antécédents chirurgicaux on pense à des adhérences inflammatoires.

Profitant d'une accalmie des phénomènes inflammatoires un examen radiologique est conseillé. Le lavement opaque est mal supporté; l'examen ne peut fournir aucune indication nette; on assiste aussitôt à une reprise des phénomènes douloureux et fébriles qui persisteront désormais, la température atteint 40°. De nouvelles crises douloureuses se produisent, bientôt apparaissent des douleurs vésicales suivies de signes manifestes de fistule vésico-intestinale avec fécalurie.

La malade meurt au milieu de phénomènes hectiques.

Les examens des matières fécales ont été constamment négatifs sauf après l'apparition de la fistule.

Pas de vérification anatomique, l'évolution cependant semble être celle d'un cancer compliqué d'abcès ayant abouti à la fistule vésico-intestinale.

OBSERVATION VIII

Observation due à l'obligeance de M. le Pr Lardennois (inédite), intéressante par les difficultés du diagnostic dues au début à l'intensité des phénomènes généraux : le premier diagnostic clinique discuté fut celui de typhoïde.

La présence d'un fibrome fait ensuite penser à la possibilité d'une suppuration à son niveau.

Plus tard on émet l'hypothèse d'une appendicite anormale. C'est devant la persistance des phénomènes que M. le Pr Lardennois, consulté ensuite, est amené à envisager l'hypothèse d'une tumeur maligne infectée du côlon droit.

Les phénomènes infectieux étaient liés à l'existence d'un phlegmon sous-néoplasique.

Mme B., âgée de 56 ans, sans troubles intestinaux marqués est atteinte depuis 2 mois de phénomènes généraux graves avec état fébrile autour de 39° et pouls accéléré. Elle émet environ 300 grammes d'urines troubles dans les 24 heures. La langue est sèche, l'amaigrissement très prononcé.

On a envisagé l'idée d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde; l'hémoculture, le séro-diagnostic ont été négatifs. Comme il existe un fibrome du volume de deux poings un chirurgien a pensé à une rétention infectée dans le fibrome mais il n'existe aucun symptôme douloureux de ce côté, il n'y a pas de pertes blanches. Le diagnostic ne paraît pas acceptable.

Un autre chirurgien a émis l'hypothèse d'une appendicite anormale.

Etant donnée la durée de l'affection sans tendance à l'amélioration, M. le Pr Lardennois qui voit la malade pour la première fois le 6 juillet 1924, trouvant un peu de sensibilité au niveau de l'angle droit du côlon émet l'hypothèse d'une tumeur maligne infectée du côlon droit.

Un examen radiologique ne donne aucun renseignement utile; l'état de la malade s'aggravant, la température dépassant 40°, des vomissements commençant à apparaître, on décide d'intervenir sur les seuls indices de la sensibilité colique droite.

Par une incision de Roux prolongée vers la fosse lombaire et un décollement sous-péritonéal, sans entrer dans la cavité abdominale, on trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, un véritable phlegmon sous-néoplasique avec

végétations friables et fétides. Il s'agit évidemment d'une tumeur du côlon infectée et propagée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'examen histologique du fragment prélevé confirme cette opinion.

Le soir du 9e jour, mort subite par hématémèse foudroyante.

OBSERVATION IX

(Alexander).

Cancer du rectum haut situé avec accidents fébriles.

Il faut noter, à propos de cette observation, avec Alexander, que si les phénomènes fébriles pouvaient faire errer le diagnostic, leur apparition fut relativement tardive, et les troubles intestinaux avaient été assez nets pour attirer l'attention sur l'intestin et sur le rectum mais l'état du malade, la douleur provoquée par l'examen, l'abondance du pus et du sang qui s'écoulaient ont rendu impossible par la rectoscopie, un diagnostic précoce qui aurait pu être fait — à noter en outre les douleurs de cystite au début de l'affection.

Observation résumée. — Alexander rapporte l'observation d'un malade de 40 ans qui, opéré à 2 reprises pour hémorrhoïdes (semble-t-il) en 1901 et 1902, présenta deux ans après des hémorragies anales et des selles diarrhéiques fréquentes. A ce moment là, en outre il présenta des phénomènes cystalgiques auxquels un spécialiste consulté ne put découvrir de cause.

En octobre 1904, on note une sensibilité à la pression de l'hypogastre, le toucher rectal fait constater la présence d'hémorroïdes. La rectoscopie pratiquée à deux reprises

différentes d'octobre à décembre 1904 fit seulement constater, à 15 cm. de l'anus, la présence de sang, de mucus et de pus en abondance paraissant venir de plus haut et quelques ulcérations nécrotiques entre 10 et 12 cm. au 2e examen.

En janvier 1905 on sent, au-dessus et à droite de la symphyse pubienne, une tumeur de la dimension d'une noix, de dureté moyenne, très sensible à la pression, mal délimitée, mobile, cette tumeur n'est pas retrouvée à chaque examen.

Le malade est mis à ce moment là en observation; on constate alors qu'il présente une fièvre oscillante à maximum vespéral entre 38° et 39°; tous les 4 à 5 jours, il ressent un grand frisson. L'état général, bon jusqu'à ce moment là, décline.

Jusqu'au 10 mars, cette fièvre va persister. Après un nouvel examen, alors que l'on avait porté jusque là le diagnostic de colite ulcéreuse; on porte celui de périty phlite suppurée. On se rallie ensuite à l'hypothèse d'un diagnostic de cancer du rectum haut situé.

Pendant quatre autres semaines, la fièvre persiste sans arrêt. On se décide à intervenir.

L'opération (clinique du Pr Borchardt) révèle un cancer de la dimension d'une pomme, recto-sigmoïdien. Résection.

A la coupe de la tumeur on retrouve des ulcérations sanieuses, à la surface interne. Mort deux jours après.

OBSERVATION X

M. Cain (*obs. inédite*).

Cancer à forme dysentérique fébrile.

Dans cette observation si les symptômes intestinaux exis-

tèrent, ils prirent le masque d'une dysenterie subfébrile à poussées aiguës qui égarèrent le diagnostic; la rectoscopie seule put faire le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien qui était en cause.

Début au mois de janvier 1926 par de la diarrhée donnant lieu à 2 à 3 selles par jour avec alternative de constipation. Le malade présente du gargouillement colique, se plaint de points douloureux dans le ventre, de pincements dans la région hépatique.

Le 18 avril il s'alite, se plaint de fatigue générale. A ce moment, il présente un syndrome dysentériforme intense, il a 15 à 20 selles par jour, mais peu de douleur, pas de ténesme, la température oscille entre 38° et 39°, les dépassant parfois. Le ventre est gros, ballonné. Le foie, la rate sont augmentés de volume. On ne trouve pas de douleur à la pression de l'abdomen. Le toucher rectal ne fait constater rien de particulier; les urines sont normales. Le pouls est rapide, on note au cœur un souffle d'insuffisance aortique. Les réflexes sont normaux. Rien aux poumons. La langue est sèche, rouge, dépouillée. La température se maintient quelques jours entre 39°, 39°5, atteignant même 40° (27 au 30 avril) puis redescend pour se maintenir au-dessus de 38°. A ce moment une hémoculture est faite ainsi qu'un examen des selles en vue de la recherche des parasites et des microbes (examen fait aux laboratoires Bailly). On ne trouve ni amibes vivants ni kystes dysentériques. La flore microbienne est extrêmement abondante et polymorphe, comprenant surtout de très nombreuses formes putrides; on n'y trouve pas de bacilles de Koch; on n'y trouve pas de bacilles dysentériques; on n'y trouve que la flore habituelle de l'intestin.

Malgré le traitement institué néanmoins (émétine, sérum antidysentérique, injections d'Anthema), le malade continue à avoir des selles glaireuses, sanguinolentes, parfois putrides; à la fin, c'est un écoulement continu de sérosité sanguinolente.

M. le Dr Cain, consulté fin avril, pratique alors une rectoscopie et constate la présence d'une tumeur bourgeonnante à 18 cm. de l'anus.

Le malade succombe le 15 mai après avoir présenté des signes de métastase hépatique et d'envahissement péritonéal, en état de cachexie.

OBSERVATION XI

Observation inédite due à l'obligeance de M. Cain.

Forme fébrile nerveuse.

Cancer sigmoïdien révélé par l'examen radioscopique à l'occasion d'une crise d'obstruction avec ictère et qui offre ceci d'intéressant que les accidents graves furent précédés (d'octobre à avril) d'une réaction méningée à allure d'encéphalite aiguë, *d'origine indéterminée s'accompagnant d'une constipation opiniâtre et qui cessa complètement en même temps que se rétablissaient les fonctions intestinales. Il est évidemment impossible d'établir un lieu certain entre l'éclosion de ces accidents et le développement de la tumeur sigmoïdienne mais il est permis néanmoins d'établir un rapprochement entre ces deux ordres d'accidents et de se demander si les accidents encéphalo-méningitiques constatés ne sont pas l'expression d'une septicémie à colibacille ou à entérocoque dévelop-*

pée à la faveur de la stase intestinale. Il est intéressant de signaler qu'au cours des accidents d'obstruction l'entérocoque *a pu être mis en évidence dans les urines d'une façon transitoire.*

M. B., 73 ans. Constipé de longue date, bien portant jusque là, a présenté il y a deux ans des malaises avec vomissements avec sensibilité hépatique et léger subictère pour lesquels il suivit un régime.

Le début de l'affection en cours remonte au 28 août 1926. Le 27 août le malade se trouvant à la Bourboule fait une promenade en automobile sans pardessus, le 28 il rentre à Lyon, au cours du voyage sa femme le trouve somnolent, le visage congestionné, mais il ne se plaint d'aucun malaise. A son arrivée il se couche et passe une bonne nuit. Le 29 au matin, il se plaint de malaise général, de frissons, sa température est à 39°. Le Dr C. est appelé; l'examen est à peu près négatif; il ne trouve que quelques râles à une base pulmonaire. Il pense à une congestion grippale banale. Les jours suivants, sans aucun symptôme nouveau, la température se maintient entre 38° et 39°. Le 1er septembre, en dehors de la fièvre persistante, l'examen général est négatif. Devant la persistance de la fièvre et devant l'état de somnolence du malade qui va en s'accentuant, le Dr M..... est appelé en consultation. Le malade est vu à plusieurs reprises sans qu'il soit émis de diagnostic précis. L'état de torpeur s'accentuant, la prostration est si marquée par moments, que l'on pense à une typhoïde. Il n'existe cependant pas de splénomégalie, l'hémoculture et le sérodiagnostic sont négatifs.

L'état général commence à décliner; le malade s'affaiblit; l'examen somatique reste négatif, mais on est frappé par

l'état de somnolence dans lequel se trouve le malade. Il dort continuellement pendant la journée et pour l'interroger, l'alimenter, on est obligé de le secouer avec énergie. Par contre les nuits sont mauvaises; il y a de l'agitation, du délire de parole et d'action; le malade se déclare guéri, essaie de se lever, veut sortir. Pendant le jour aussi il présente des troubles psychiques qui frappent son entourage.

Mais on ne trouve aucun signe objectif méningé.

On pense à un épisode encéphalitique d'origine indéterminée.

Le Dr B..... est appelé en consultation; l'examen du système nerveux est négatif.

La ponction lombaire donne un liquide clair et limpide, à la cellule de Nageotte on compte 30 lymphocytes.

Il y a hyper-albuminose, le sucre, l'urée sont en quantité normale.

Le diagnostic d'encéphalite épidémique probable est porté et ce diagnostic paraît confirmé par l'évolution.

Pendant plusieurs semaines le malade, bien que la température soit retombée à la normale, demeure somnolent pendant le jour; les nuits continuent à être mauvaises, l'agitation persiste et surtout le malade se plaint de douleurs intolérables, douleurs à type radiculaire dans les membres inférieurs et douleurs pénibles dans la région lombaire, empêchant tout sommeil. Ces douleurs sont difficilement définissables par le malade, à la fois superficielles et profondes et si violentes que le malade en conserve un horrible souvenir, elles paraissent bien être du type de celles qu'on observe dans l'encéphalite épidémique. Le souvenir de ces douleurs est le seul qu'ait conservé le malade lorsqu'il a été possible de l'interroger. En dehors de cela, il a perdu toute notion de son état depuis le début de sa maladie.

Pendant toute la durée de la maladie, la constipation a été opiniâtre.

Les urines vues à plusieurs reprises n'ont jamais montré ni sucre ni albumine. Elles ont été toujours claires et limpides. Aucun examen bactériologique n'a été fait sur elles.

Le 15 octobre, le malade est rétabli. Il part pour Cannes et un mois plus tard à son retour il reprend ses occupations sans présenter depuis, aucun phénomène anormal; en particulier, on n'a jamais noté de phénomènes de la série post-encéphalitique.

Seule la constipation demeure opiniâtre et à plusieurs reprises, l'attention est attirée vers le foie à cause d'une sensibilité nette de la région vésiculaire et d'une augmentation légère du volume du foie.

En 1926, le malade, de passage à Paris, voit s'établir en quelques jours une constipation absolue, accompagnée de fatigue, de nausée et d'un ictère qui, en 48 heures, fonce notablement.

Le ventre se ballonne, la rétention des gaz devient complète, des crises de coliques très intenses vont en se rapprochant, le foie est augmenté de volume, indolore; il n'y a pas d'ascite, la distension du ventre rend toute exploration impossible; le toucher rectal est négatif.

Examen radiologique. — Un lavement opaque distend considérablement l'ampoule rectale, la 2e partie du sigmoïde et n'injecte le segment sus-jacent du gros intestin qu'après avoir franchi un défilé sigmoïdien très serré, persistant. Il n'y a pas d'image spasmodique du gros intestin et les radiographies montrent que la sténose sigmoïdienne présente des contours flous, invariables, bien différents des images nettes des incissures spasmodiques. D'ailleurs, l'état général empire rapidement; les grands lavements d'huile

sont restés sans effet; le pouls s'accélère et faiblit, les nausées se rapprochent; il y a du hoquet, un grand vomissement noir se produit; la phase de coliques intenses fait suite une phase de parésie intestinale, indolente.

Le Dr Moudor, devant l'état précaire du malade et son âge, 73 ans, se contente de pratiquer un anus transverse sur la ligne médiane.

L'amélioration consécutive est rapide; le malade déjaunit rapidement, le foie diminue de volume; le malade émet par l'anus, quelques jours après l'opération, une selle de volume considérable tordue en vrille, comme laminée à travers un orifice rétréci. Des évacuations satisfaisantes se font par l'anus transverse.

Dans les jours qui suivent le malade émet des urines très troubles, contenant des entérocoques sans pyurie.

OBSERVATION XII

Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Cain.

Cancer à forme fébrile (intermittente).

Cancer du côlon ascendant qui s'est manifesté tout d'abord essentiellement par une fièvre intermittente à accès irréguliers. Plus tard, sont apparus des signes intestinaux mais tous les examens spéciaux locaux furent sans résultat. Tardivement enfin, le diagnostic fut posé à la suite de l'apparition d'une tumeur abdominale rattachable au côlon. L'examen de la pièce opératoire montre de grosses lésions inflammatoires périnéoplasiques; l'existence d'une couche de fibrolipomatose infiltrée d'abcès miliaires avoisinant des abcès visibles à l'œil nu — ces lésions inflammatoires expliquent les manifestations fé-

briles — le cancer d'autre part était peu sténosant ce qui explique que les signes locaux aient longtemps manqué.

M. S., 63 ans, a toujours joui d'une bonne santé, gros mangeur, pas de constipation.

En avril 1922, sa femme meurt d'un cancer du rectum. Quelques mois après, il accuse de la fatigue, de la dépression, de l'irritabilité qu'il met sur le compte de son chagrin et des fatigues éprouvées pendant la longue maladie de sa femme. Mais tout le monde est frappé de sa pâleur blâfarde de plus en plus accentuée et de son amaigrissement. Cependant l'appétit reste bon, l'intestin fonctionne régulièrement sauf quelques débâcles diarrhéiques que le malade met sur le compte d'écarts alimentaires.

Vers le début d'août 1922 on note l'apparition à intervalles irréguliers d'accès fébriles qui vont en s'accentuant et en se rapprochant. Le malade en est averti par une sensation de malaise général, un état nauséeux, quelques frissonnements, de la sécheresse et de la chaleur de la peau. Au début, il n'en tint pas compte, puis il fut forcé de garder la chambre et même de s'aliter, car les accès augmentaient d'intensité, la température qui, au début, ne dépassait pas 38°, monte à 40°. au moment des accès le malade éprouve un grand frisson, il grelotte et parfois vomit; l'accès dure rarement plus de 12 heures, une crise sudorale en marque souvent la fin. Il ne laisse derrière lui qu'une grande lassitude, pendant sa durée l'exploration est négative.

La tension artérielle prise avec l'appareil de Vaquez Laubry est de 18-10. L'auscultation du cœur et des poumons est normale, le ventre est souple et indolore, la rate n'est pas augmentée de volume, les réflexes oculaires ou tendineux sont normaux, les urines sont émises claires et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Rien ne permet objectivement de prévoir les accès qu'on ne peut rattacher à aucune cause valable. M. S. n'a jamais quitté l'Europe, n'a jamais eu de paludisme, d'ailleurs, la recherche à plusieurs reprises des hématozoaires dans le sang au moment des accès se montre négative. Il n'y a pas non plus de signe de pyonéphrite, les urines n'ont jamais contenu de pus : leur culture s'est montrée stérile.

Dans ces conditions le diagnostic reste très incertain; on reste dans l'expectative, M. S. continuant à maigrir, à s'affaiblir, à prendre un teint de plus en plus blâfard.

Toutefois, on remarque que le fonctionnement intestinal devient de plus en plus irrégulier; on note des phases de constipation terminées par des débâcles diarrhéiques.

Le 27 septembre 1922, le malade ressent dans la nuit une sensation pénible, angoissante, dans le flanc gauche et émet le matin une selle peu fécale composée surtout de sang rouge. Cette hémorragie ne se renouvelle pas les jours suivants et jusqu'en décembre 1922, la recherche du sang dans les selles redevient négative.

Devant ce symptôme nouveau, on pratique plusieurs examens qui tous restèrent négatifs : toucher rectal, rectoscopie qui montra seulement l'existence de petites hémorroïdes; l'exploration radiologique par repos et lavement opaque (M. M.....) ne montra aucune anomalie ni du remplissage ni du transit intestinal.

Le 27 novembre 1922, survint un accès d'intensité extrême, la température se maintient pendant 24 heures entre 40° et 41°. Le malade était dans un état d'adynamie et d'inconscience absolue, mais sans paralysie, sans signe d'irritation méningée. La langue était sèche, rôtie, l'exploration somatique resta négative.

L'hémoculture est stérile, le sero-diagnostic (T. A. B.)

melitococcus melitensis) est négatif, les urines claires ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni corps cétoniques. La constante d'Ambard est de 0,110, l'azotémie de 0 gr. 50.

Au bout de 24 heures, le malade sort épuisé, obnubilé de son état presque comateux, se plaignant surtout de contracture. Il dit alors que quelques jours auparavant, étant en voyage, il a été pris d'un accès analogue et qu'il est resté près de 10 heures sans connaissance. Les jours suivants on note seulement une constipation plus marquée suivie le 1er décembre d'une 2e selle de sang rouge.

Une nouvelle exploration radiologique reste négative.

Ce n'est que vers le 15 décembre que pour la première fois, malgré la répétition fréquente des examens, l'on perçoit, dans la fosse iliaque droite, une masse indurée, à la faveur d'une phase transitoire de ballonnement qui rend plus intime, le contact du gros intestin et de la paroi abdominale. Cette masse est bosselée, très dure, indolore, difficilement mobile sur le plan profond; elle siège à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, elle est séparée par une zone sonore du foie qui ne paraît pas modifié. A la suite de cette constatation qui plaide en faveur d'une néoplasie siégeant sur le gros intestin, responsable des hémorragies antérieures mais ne donnant pas de signes d'obstructions, une intervention est décidée; elle est pratiquée quelques jours après par M. le Pr Lecène qui constate après laparotomie, l'existence d'une tumeur très volumineuse, grosse comme les deux poings siégeant à la terminaison du côlon ascendant, laissant libre l'angle colique. Dans un seul temps, il pratique une ablation large portant sur le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du transverse, il termine par une iléo-transversotomie. L'ablation de la tumeur est rendue malaisée par l'adhérence du méso-côlon aux plans

profonds. Après quelques incidents (abcès de la paroi, fistule stercorale), la guérison complète finit par s'établir; les fonctions intestinales normales se rétablissent, et depuis janvier 1923, à ce jour aucun signe de récidive n'est apparu. Les accès fébriles ne se sont plus manifestés et le malade a repris son apparence normale.

L'examen de la pièce opératoire a montré qu'il s'agissait d'un cancer (épithélioma cylindrique glandulaire), développé aux dépens du côlon ascendant, modifiant peu la lumière intestinale dans laquelle il n'émettait que quelques bourgeons ulcérés, mais infiltrant surtout l'épaisseur des tuniques. Celles-ci ont subi une hypertrophie considérable du fait de la sclérolipomatose concomitante, au milieu de laquelle l'examen macroscopique montre l'infiltration néoplasique et la présence de petits abcès. L'examen histologique a confirmé cette donnée et révélé un grand nombre d'abcès miliaires avoisinant des abcès plus volumineux.

OBSERVATION XIII

Thiroloix et Mora (*Soc. Hôp. Paris*, 1er déc. 1911).

Cancer du rectum à forme fébrile (intermittente).

Cas curieux de cancer du rectum qui évolue pendant 4 mois sous l'aspect d'une fièvre intermittente à accès quotidien. L'hématozoaire du paludisme n'a jamais été trouvé. Par contre, à la suite d'un traitement par la quinine, guérison apparente, puis apparition de douleurs ano-rectales qui conduisent au diagnostic.

Outre l'intérêt de cette forme de début, cette observation comme le fait remarquer M. Thiroloix montre l'utilité du

toucher rectal comme complément d'un examen médical surtout lorsque le diagnostic est hésitant. Ce malade n'avait pas signalé, n'y attachant pas d'importances, des douleurs de la défécation survenues au début de sa maladie, le diagnostic aurait pu être fait à ce moment là si le toucher rectal avait été pratiqué.

Dans cette observation, d'autre part, la fièvre n'est pas signalée à la période terminale. De plus, l'examen histologique de la pièce anatomique ne montre pas de signes de réactions inflammatoires dus à l'infection locale. La fièvre des premiers mois a-t-elle été provoquée par des poussées inflammatoires? Le développement du cancer du rectum était-il seul en cause?

Les formes latentes du cancer rectal ampullaire sont particulièrement fréquentes, l'allure fébrile spéciale constatée dans cette observation nous a engagé à la reproduire.

Cancer du rectum à forme fébrile.

Pendant quatre mois, ce cancer évolua sous la forme d'une fièvre intermittente quotidienne, avec des accès semblables à ceux du paludisme. Toutes les recherches bactériologiques furent négatives.

M. Thiroloix insiste sur l'évolution curieuse caractérisée par la régression de tous les phénomènes morbides à la suite d'un traitement par la quinine, de telle sorte que le malade était en état de guérison apparente quand survinrent les signes locaux, douleurs ano-rectales qui conduisirent au diagnostic d'un gros cancer.

Plusieurs particularités sont à signaler: Thiroloix et Mora, dans la discussion qui suit l'exposition, reviennent sur le fait que seulement au moment de l'apparition des douleurs anales, le malade se souvint avoir éprouvé quelques douleurs après

la défécation au début de sa maladie. A ce moment-là, probablement le toucher rectal aurait permis de faire le diagnostic, mais le malade n'ayant pas signalé ce symptôme, l'attention ne fut pas attirée sur l'intestin. Thiroloix et Mora concluent de l'utilité du toucher rectal comme complément d'examen devant un état morbide dont on ne voit pas la cause.

Un autre fait est à noter dans cette observation, l'examen histologique n'a montré aucune trace de réaction inflammatoire infectieuse locale; peut-être existait-il des lésions infectées plus haut situées et qu'on n'a pu découvrir, l'absence de lésions inflammatoires pourrait sans cela servir d'argument pour rapporter la fièvre au néoplasme lui-même sans faire intervenir l'infection.

Ab. C., ingénieur, 41 ans a eu, jusqu'en février 1911, une santé parfaite. C'est un homme bien constitué, de taille élevée, à l'aspect athlétique, très intelligent, sobre et observateur méticuleux des moindres désordres de sa santé.

Aucun de ses ascendants ou collatéraux n'a été atteint de cancer. Sa mère est actuellement vivante; une sœur est bien portante, il est marié, père de quatre enfants. Il n'a jamais eu de syphilis (W. négatif). Né à Paris, il ne l'a jamais quitté. On ne trouve aucune trace bacillaire, aucun antécédent appendiculaire, lithiasique ou urinaire. Bref, il n'a jamais été malade. Pour expliquer la fièvre et l'anémie pour laquelle il demande conseil, il ne trouve à invoquer que ce fait : qu'il a dirigé les travaux du Nord-Sud au moment de la crise de 1910 et qu'il s'est surmené dans cette atmosphère humide et fétide.

1re phase fébrile et anémique. Disparition et retour à la normale correspondant à l'évolution rectale du cancer.

Brutalement, dès les premiers jours de février 1911, M. C. est pris chaque après-midi d'un accès fébrile typique, avec ses trois stades : frisson, chaleurs et sueurs. La température anale atteignait à chaque accès 39° à 40°. et la durée totale de l'accès était de 3 à 4 heures. Le lendemain matin l'état général redevenait assez bon pour que M. C. continuât à diriger les travaux dont il avait la charge. L'état général était peu atteint : un peu de pâleur, un léger amaigrissement, une fatigue plus rapide, qu'antérieurement traduisait cette affection fébrile qu'on considérait comme peu sérieuse, puisque M. C. avait conservé intacts l'appétit, le sommeil, les fonctions digestives. La périodicité quotidienne si parfaite des accès fébriles fit d'abord songer au paludisme, contre lequel plaidait déjà la venue vespérale de la fièvre; l'examen du sang fait à plusieurs reprises ne permit jamais de déceler la présence d'hématozoaires (sang pris avant ou au début des accès), quelque précaution que l'on prît.

La formule hématologique fut constante : hypoglobulie, hyperleucocytose avec polynucléose, sans réaction myéloïde. L'hémoculture aéro-anaérobie deux fois pratiquée fut négative. Le diagnostic symptomatique fut : fièvre intermittente quotidienne illégitime, sans qu'il fût possible d'en trouver la cause puisque tous les organes examinés : poumons, aorte, endocarde, voies biliaires et urinaires, appendice furent trouvés normaux. Jamais M. C. ne mentionna l'existence d'une douleur ou trouble quelconque net au moment de la défécation.

Pendant 4 mois (février à mai), le type fébrile intermittent

quotidien est constant, mais avec des variations extrêmes. Au repos absolu, la température n'atteint le soir que 37 à 38°, tandis qu'elle dépasse 39 à 40° dès qu'il y a eu fatigue. La quinine à dose élevée a une action indéniable sur cette fièvre qu'elle abaisse.

En avril, l'anémie est très marquée.

Examen du sang : Hématoblastes 320.000, polynucléaires, 13.000.

M. C. est décoloré, blanc, mais n'a point de teinte jaune paille. La rate est grosse et facilement appréciable, tandis que les ganglions n'ont en aucune région subi la moindre tuméfaction. Il existe un souffle continu à redoublement dans les vaisseaux du cou.

Tout paraissait donc plaider en faveur du paludisme à cette époque: accès fébriles quotidiens, hypoglobulie et influence heureuse de la quinine. A la quinine on ajoute dès avril l'emploi de la médullaire de Merck et des injections de cytuline de Couturieux (suc de levures et nucléinate de soude). Sous l'influence de cette médication, l'état général se modifie profondément et en juin la fièvre tombe, l'anémie s'efface, les forces reviennent et pour achever une convalescence qui semble si bien s'annoncer, M. C. part pour Ponteresina où aucune médication ne fut suivie.

Il en revient en septembre transformé. Il a récupéré 8 à 10 kilos, il est coloré, sans fièvre, a une rate normale. Aussi n'hésite-t-il pas à se représenter aux médecins des Cies d'assurances qui l'avaient refusé en janvier 1911 et est-il aussitôt accepté. Il nous fait appeler le 8 septembre pour faire constater l'effet curateur merveilleux du climat d'altitude dans son cas.

IIe Phase sphincteralgique
(correspondant à l'infiltration sous-épithéliale de la région anale).

Le 24 septembre 1922 un phénomène nouveau vient attirer l'attention : une douleur atroce, continue, siégeant au niveau de la région anale torture M. C. Cette douleur supportable dans l'intervalle des garde-robes, devient atroce au moment de la défécation et après elle. Cette douleur' venue si subitement au cours de cet état de santé en apparence parfaite, fut le premier signe douloureux local du cancer.

Il y avait bien eu en avril quelques douleurs passagères, après défécation, mais elles furent aussitôt oubliées et attribuées à des hémorroïdes internes, car jamais il n'y eut la moindre altération anale.

Aujourd'hui nous dirions : le toucher rectal s'impose chez tout anémique fébricitant dont on n'a pu déterminer la cause de l'hypoglobulie et de l'hyponutrition.

Les douleurs dans les jours qui suivirent ne firent que s'accentuer aussi le 4 octobre avant de faire subir par le malade une cure par les courants de haute fréquence, pour une fissure anale que nous lui supposions, pratiquâmes-nous le toucher ano-rectal.

A peine le doigt fut-il introduit dans l'anus qu'il provoqua une crise douloureuse telle, qu'il y eut menace de syncope; quoique brève, l'exploration avait permis de reconnaître dans le défilé anal l'existence de bourrelets durs, ligneux, irréguliers, séparés les uns des autres et garnissant tout le pourtour de l'orifice supérieur du canal anal.

Le 5 octobre 1911, examen prolongé sous anesthésie au

chloroforme. On reconnaît l'existence d'un cancer étendu au tiers inférieur du rectum avec envahissement total de la région anale. La région anorectale est tapissée de bourgeons épais, saillants, durs en bas, mous au-dessus, qui saignent avec abondance au moindre contact. Une opération devenait nécessaire l'existence de cette sphincteralgie atroce liée à l'envahissement néoplasique sous-épithélial avec fissuration fit rejeter toute idée d'une intervention palliative et le 7 octobre, le Dr T... pratiquait l'ablation du segment ano-rectal malade. Quatre jours après, le malade succombait brusquement par suite d'une embolie pulmonaire.

L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agissait d'un cancer ano-ampullaire, la nappe épithélioma-teuse végétante est diffuse, formant dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse une tumeur mamelonnée irrégulière, molle, nettement limitée, en haut par un rebord épais, renversé en dehors, limitée en bas par des bourrelets durs séparés les uns des autres au niveau de la région anale.

Examen histologique : cancer massif diffusé et infiltré dans la paroi. La masse néoplasique a disséqué le sphincter anal, et ses cylindres sont venus s'ouvrir à la peau. Les cellules cylindriques, disposées en tubes pseudo-glandulaires ont conservé leur forme normale (épithelioma typique), par places, quelques cylindres sont distendus par de la substance colloïde, tous sont enfouis dans du tissu conjonctif, (donc tendance squirrheuse), le tissu périrectal est sain, il n'est le siège ni d'infiltration épithéliale, ni de collection suppurée.

INTERPRÉTATIONS PATHOGÉNIQUES

I. — Anatomie pathologique

Ces faits cliniques demandent à être interprétés. L'infection secondaire nous paraît être essentiellement en cause. Deux facteurs interviennent surtout : les rétentions intestinales provoquées par la présence du néoplasme même si elles ne se traduisent pas cliniquement amènent une exacerbation de la virulence des germes que renferme à l'état normal le tube digestif, d'autre part, elles favorisent des résorptions intestinales toxiques, qui interviennent peut-être dans certains cas, quel que soit le mécanisme que l'on puisse invoquer pour expliquer la fièvre par absorption (substances chimiques thermogènes, par accidents d'anaphylaxies dues à la pénétration d'albumines toxiques).

Au niveau du cancer, d'autre part, tôt ou tard la muqueuse intestinale se désagrège, au-dessus de lui il se forme de même des ulcérations de la muqueuse intestinale, ulcérations qui vont être autant de portes d'entrée pour les microbes.

Au point de vue anatomoclinique, la notion de l'infection précoce caractérise essentiellement le cancer de l'intestin et en domine le pronostic thérapeutique.

En effet l'examen des pièces opératoires a montré que l'envahissement des ganglions était relativement tardif et lent alors qu'il a montré la diffusion rapide au tissu cellulaire péricolique et sous-péritonéal de l'infection qui atteint précocement les ganglions.

Au niveau de la tumeur se produit dans la plupart des cas un rétrécissement de la cavité intestinale; au-dessous le calibre intestinal est diminué, tandis que l'intestin se dilate au-dessus. Au-dessus de la stricture la paroi intestinale s'hypertrophie, l'infiltration inflammatoire paraît jouer un grand rôle dans cet épaississement des parois. En dehors se développe une couche épaisse de scléro-lipomatose inflammatoire dans laquelle on trouve des ganglions, les uns atteints d'adénite mixte infectieuse et cancéreuse, les autres atteints d'adénite infectieuse seule. Dans le tissu cellulaire, d'autre part on trouve des abcès miliaires. La muqueuse intestinale plus ou moins loin de la stricture présente deux sortes d'ulcérations, les unes sanieuses, nécrotiques, ont les caractères d'ulcérations inflammatoires dues à l'action des microbes au niveau d'éraillures traumatiques, les autres à tendance perforante plus marquée n'ont pas les mêmes caractères inflammatoires, elles ont été décrites sous le nom d'ulcérations diastatiques, on attribue leur formation à l'action de l'ischémie à la suite de la distension de la paroi (Ockinczyc p. 186). Ces ulcérations paraissent être la porte d'entrée principale de l'infection secondaire, elles peuvent siéger très loin de la stricture cancéreuse et ceci explique que l'infection péricolique puisse s'observer loin du siège même du cancer.

Les foyers infectieux du tissu cellulaire péricolique, surtout développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal pariétal, pourront aboutir à la suppuration; les abcès symptomatiques dont nous avons vu l'évolution clinique seront à l'origine essentiellement des adéno-phlegmons, secondairement ils diffusent au tissu cellulaire, tendent à s'ouvrir soit vers la paroi abdominale, soit dans la cavité intestinale ceci explique que les fistules qu'ils donnent sont rarement stercorales d'emblée.

Les phénomènes septicémiques observés peuvent s'expliquer comme dus, tantôt à la pénétration directe de germes dans la circulation, à la faveur des ulcérations intestinales, tantôt à la pénétration des germes développés au niveau des foyers inflammatoires péri-coliques.

Rappelons que l'étude des pièces anatomiques a montré parfois l'existence de cancers non sténosants, quand il s'agit de cancers cavitaires l'infection est favorisée par l'ulcération plus étendue de la surface du néoplasme, quand il s'agit de néoplasmes développés dans des diverticules intestinaux la rétention de produits septiques dans leur cavité aidée par le développement du cancer favorise l'infection. Ceci explique en particulier que le cancer de l'appendice se traduise essentiellement par des crises d'appendicite.

A ces constatations anatomo-cliniques, il convient d'ajouter que la fièvre est particulièrement fréquente aussi dans les cas de cancer ayant donné lieu à des métastases hépatiques.

II.— Rôle des microbes intestinaux.

Le rôle des microbes habitant normalement l'intestin nous paraît des plus importants en ce qui concerne les modalités cliniques des manifestations infectieuses. S'il n'est guère possible de faire une classification des types fébriles d'après le microbe en cause, vu le faible nombre des cas où le microbe peut être identifié, cependant le colibacille et l'entérocoque de Thiercelin nous paraissent jouer un rôle principal. L'entérocoque de Thiercelin a été trouvé deux fois par M. Cain.

La présence du colibacille est fréquemment constatée dans les suppurations péri-intestinales; Heitz-Boyer d'une part, les médecins-accoucheurs d'autre part ont insisté sur les septicémies à point de départ intestinal dont il est l'agent fréquent, à la faveur d'ulcérations intestinales ou de troubles du transit.

D'autre part, des analogies frappantes s'imposent entre les manifestations fébriles dans les cas que nous avons rassemblés et les modalités observées dans les septicémies dues à ces microbes.

Dans une communication à l'Académie des Sciences, sur la vaccinothérapie de l'entérococcie (12 novembre 1917), Thiercelin et Cépède insistent sur la grande variété des tableaux cliniques que peut réaliser l'entérocoque protéiforme lorsque de microbe saprophyte il devient pathogène. Localement au niveau de la paroi intestinale, il crée des suppurations miliaires, point de départ des manifestations toxi-infectieuses généralisées : « la septicémie peut se produire d'emblée,

et avoir une gravité très variable, parfois les symptômes en sont peu accusés, signes vagues d'infection d'origine gastro-intestinale (inappétence, constipation, diarrhée avec très légère fièvre vespérale). D'autres fois, les symptômes sont intenses, la maladie très grave se termine par la mort, évoluant avec une forte fièvre à type continu rémittent, intermittent ou extraordinairement irrégulier. L'entérococcie simule la fièvre typhoïde, la tuberculose aiguë, le paludisme ou la fièvre de Malte. « Le diagnostic, dit Thiercelin se fait par les constatations de l'entérocoque dans le sang à l'examen direct, par l'hémoculture, par la recherche aussi dans les urines, l'organisme se débarrassant de l'entérocoque par de véritables décharges rénales. »

Macaigne dans l'article du traité de Widal consacré aux entérococcies observe que les septicémies à entérocoque sont rares, que le point de départ se trouve au niveau d'ulcérations intestinales le plus souvent. Il signale la fréquence d'abcès fébriles analogues à ceux que l'on voit au cours du paludisme. Il attire l'attention sur un aspect assez spécial de la courbe thermique. « En général, pendant la durée de l'affection, la température reste peu élevée, rarement au-dessus de 38°, mais de temps à autre, sans régularité dans la période intercalaire, des accès fébriles éclatent brusquement, la température présentant alors des élévations considérables suivies au bout de quelques heures ou de quelques jours d'abaissement rapide ou lent avec parfois même hypothermie. Ces accès fébriles qui peuvent être précédés de frissons et suivis

de transpiration abondante, rappellent assez bien les accès paludiques et par leur répétition et l'intermittence de leur apparition ils autorisent la description d'une septicémie entérococcique à forme de fièvre intermittente » (f. décrite par Courtois-Suffit). Macaigne signale d'autre part la possibilité de complications méningées, de complications endocardiaques, de phlébites. Le colibacille donne, lui, des infections affectant très fréquemment l'allure de grandes pyohémies chirurgicales; il donne aussi des septicémies à fièvre continue rappelant le tableau clinique de la typhoïde ou des para-typhoïdes. De nombreux auteurs (Achard et Broca, Kroquis) lui attribuent une grande importance dans la genèse des appendicites. (Art. Widal et Lemierre. *N. Tr. de Médecine*).

Dans sa thèse consacrée à l'étude de la colibacillémie, Dugué signale la fréquence du début par une apparition brusque de signes généraux, souvent par un grand frisson se répétant fréquemment les jours suivants, signe pour lui de grosse valeur.

Ce qui caractérise donc les manifestations des entérococcies et de la colibacillémie, c'est surtout l'association de troubles digestifs, (inappétence, état nauséeux, constipation ou diarrhée) à de la fièvre, soit continue simulant le tableau d'une fièvre typhoïde, soit de type intermittent avec accès rappelant les accès fébriles du paludisme. On voit que les manifestations fébriles générales observées au cours des néoplames malins intestinaux reproduisent le plus souvent ces types.

Il semble même que les petits signes de la période de latence de ces cancers : asthénie, état nauséeux, état saburral des voies digestives pourraient être interprétés aussi comme des signes d'infection secondaire précoce par ces microbes.

L'infection nous paraît donc expliquer la plupart des manifestations fébriles observées même précocement au cours des cancers intestinaux, les vérifications anatomiques le prouvant d'une part en montrant les lésions inflammatoires, les recherches bactériologiques dans le sang, les urines pouvant le démontrer aussi.

L'entérocoque, le colibacille nous paraissent jouer un rôle primordial, ce qui n'exclut pas le rôle possible d'autres germes intestinaux.

Cependant, il faut retenir que ces mêmes types fébriles continus, rémittents, intermittents, fièvres continues oscillantes ont été observés dans des cas où suivant les auteurs l'infection secondaire ne semblait pas pouvoir être incriminée et où le néoplasme seul pouvait par lui-même, semble-t-il, expliquer la fièvre.

L'expérimentation qui, entre les mains de Richet a montré que les tissus cancéreux non infectés n'avaient pas de toxicité, qui avec M. le Professeur Roger et Mme Gérard-Mangin montrerait que les tissus cancéreux contiendraient une toxine hypothermisante, ne nous paraît pas devoir apporter de conclusion définitive, l'expérience ne pouvant réaliser les conditions naturelles.

Il nous semble donc qu'on ne peut actuellement ni affirmer, ni rejeter absolument l'existence d'une fièvre des néoplasmes qui serait peut-être parfois

en cause dans les cas de fièvre précoce de cancers de l'intestin alors que l'examen des matières fécales ne montre la présence ni de pus, ni de sang, cas où la muqueuse ne serait pas encore ulcérée, et où le malade ne présente aucun signe clinique d'obstacle intestinal au cours normal des matières.

CONCLUSIONS

L'étude des faits cliniques montre qu'il existe un certain nombre de cas de cancers des côlons et du rectum au cours desquels l'élévation de la température constitue un signe des plus importants. Certains de ces cancers sont cliniquement avérés et la fièvre, du point de vue du diagnostic, constitue un signe accessoire.

Dans d'autres cas, au contraire, le cancer est latent et l'élévation de la température est un des signes révélateurs d'une manifestation suppurée développée au voisinage plus ou moins immédiat de la tumeur.

Il est des formes où la fièvre fait partie d'un ensemble de signes généraux qui ont une valeur considérable et donnent à l'affection son allure clinique, l'existence de la tumeur est alors méconnue ou révélée seulement à la phase terminale de l'évolution.

On peut, suivant l'allure, la prédominance des symptômes, qui accompagnent ces mouvements fébriles décrire les formes :

fébriles continues sans rémission, simulant les infections typhoïdiques;

fébriles intermittentes à accès périodiques simulant le paludisme;

fébriles intermittentes à accès isolés irréguliers;

fébriles anémiques, fébriles dysentériques;

fébriles nerveuses pouvant simuler des encéphalites.

En présence de l'incertitude du diagnostic en pareil cas, on ne devra négliger aucune investigation et pratiquer systématiquement le toucher rectal, la recherche du sang dans les matières fécales, l'examen radiologique avec lavement opaque qui donneront souvent la clé du diagnostic.

La laparotomie exploratrice sera indiquée parfois dans le cas de signes locaux décelables par l'examen physique.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
GILBERT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Giordano : Pour la bibliographie détaillée antérieure à 1913 sur la question (*fièvre et néoplasme*), article Carcinomi e febbre in *Tumori*, juillet-août 1913, p. 61 à 91.

Alexander. — Uber Fieber bei Carcinom. (*Deutsch. Med. Wochenschrift.*, n° 5, 1907).

Bensaude et **Thibaut.** — Cancer de l'angle droit du côlon, forme anémique, radiographie à image lacunaire. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913, p. 692-693).

Bovis (de). — Cancer du gros intestin. (*Revue de chirurgie*, 1900).

Brissaud. — Cancer de l'intestin (in *Nouveau Traité de Méd.*, Sergent et Ribadeau-Dumas).

Briggs. — The occurence of fever in malignant disease. (*An. J. M. Soc. Philadelphie*, 1923, t. 166, p. 846-859).

Cadenat. — Deux cas de cancer de l'intestin opérés comme tuberculose cæcale. (*B. et M. Soc. de Chir.*, Paris, 1921, p. 350-354).

Cornil. — Manuel d'histologie pathologique.

Desmarest. — Cancer du cæcum. *Thèse Paris.*

Duval (Paul). — Cancer du gros intestin. (*Gaz. Hôp.*, 1923).

Fischer. — Zur Diagn. Therapie und Prognose der Dickdarm geschvvûlste mit besondern Besücksichtigungen des Untersuchungsganger bei Verdâchltsfülen. (*klin. Woch,,* 1925, IV, 760-735).

Fretel. — De la fièvre des cancers. (*Th. Paris*, 1899).

Forgue. — Un cas de cancer du côlon ascendant avec abcès rétrocolique. (*Bull. Soc. de Méd. et de Bio. de Montpellier*, mars 1922).

Freudeweiler. — Statistische Untersuchungen über Fieber (erscheinungen) bei Carcinomen innerer Organe. (*Deutsch. archiv. für klin.*, t. 64, 1899).

Gilbert. — Cancer primitif du foie. (*Th. Paris*, 1886).

Gilbert et **Hanot.** — Etudes sur les maladies du foie. (Paris, 1888).

Gilbert. — Communication. (*Soc. biologie*, 25 fév. 1893).

Hartmann. — Travaux de chirurgie anatomo-chir., 1907.

Ockinczyc.

Hérard de Besse. — Formes septiques du cancer de l'estomac. (*Th. Paris*, 1912).

Huguier et **Rigollot Simonnot.** — Cancer du côlon simulant un abcès du foie. (*Rev. chirurgie*, 1914, 654-662).

Lardennois (**Henry**). — Cancer du gros intestin. (*G. Hôp.*, 1900, p. 166).

Lecène. — Deux cas de cancer primitifs de l'appendice iléo-cæcal. (*Bull. de Méd. Soc. Chir.* Paris, 1911, 11 janv.).

Lenormant. — Cancer cavitaire de l'angle colique droit. (*Soc. Méd.*, Paris, 18 fév. 1910).

Lejars. — *Semaine médicale*, 1906.

Lereboullet et **Tixier.** — Cancer de l'intestin à forme anémique. (*Soc. Hôp.* Paris, 13 mars, 1908).

Mande. — Uber den Mastdarmkrebs (*Deutsch. Zeits. f. Chirurg.*, 1922, 145-288).

Massart. — Cancer de l'appendice. (*Gaz. Hôp.*, 1912, 24 août).

Maurat. — De la fièvre des néoplasmes. (*Th. Paris*, 1908)

Ménétrier. — Le cancer. (*Tr. de méd., Gilbert et Thoinot*).

Merle et **Petit.** — Cancer latent de l'angle colique gauche à forme anémique. (*Bull. et Mém. Soc. de Paris*, 1908, 654, 662).

Ockinczyc. — Cancer de l'intestin. (Paris, 1919).

Reboul. — De la fièvre dans le cancer. (*Th. Paris*, 1904).

Reimann. — Primary carcinoma of the vermiform. appendix, 12 cas. (*Americ. J. med. Scien.*, 1918, t. 156, p. 190-201).

Richet. — Effets toxiques des injections intra-veineuses faites avec la pulpe des cancers épithéliaux. (*Soc. biologie*, 1895).

Sourdille. — Epith. cylindrique du cæcum et de l'appendice simulant une appendicite à rechute. (*Bull. S. An.* Paris, 1894-793).

Stierlin. — Uber Carcinom Fieber. (*Car. Bleitter fur Schweizern Arsten*, 1908, 281-284).

Schwartz. — Uber die Fieber bei malignen. neoplasm. (*Th. Bonn*, 1902).

Thévenet. — Abcès symptomatiques des cancers des côlons. (*Gaz. Hôp.*, 1908, n° 128, p. 1527).

Thiercelin et **Cépède.** — *An. Acad. de médecine*, 1917, 12 nov. 1917, p. 732-735.

Thiroloix et **Mora.** — Cancer du rectum à forme fébrile intermittente. (*Bull. Médical*, 1911, n° 95).

Tuffier. — *Sem. médicale*, 1904.

Viallet. — De l'étude des phlegmons symptomatiques des cancers du gros intestin. (*Th. Lyon*, 1907).

Verneuil. — Deux obs. de cancer fébrile. (*Revue de médecine*, 1878).

Vinon et **Roux.** — Tumeurs de l'intestin sans symptômes intestinaux. (*Bull. et Mém. Soc. Bio. et M.*,Montpellier, 1921).

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULE.
Pharmacologie et matière médicale	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique	I. DE JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECAILLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Pathologie médicale	LEMIERRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils.
Anatomie	ROUVIERE.
Physique médicale	
Pathologie médicale	TANON.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	WELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LŒPER.
Clinique chirurgicale infantile	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique médicale	RATHERY.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.